

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THESE

N° 97

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Pierre COIGNET

Moniteur d'Accouchement et de Gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris

Né le 9 Juin 1902, à St-Vaérien (Yonne)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

**L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE
CHEZ LES FEMMES TUBERCULEUSES
PULMONAIRES**

Observations de la Clinique Tarnier

Président : M. BRINDEAU, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1931

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THESE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Pierre COIGNET

Moniteur d'Accouchement et de Gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris

Né le 9 Juin 1902, à St-Valérien (Yonn)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

**L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE
CHEZ LES FEMMES TUBERCULEUSES
PULMONAIRES**

Observations de la Clinique Tarnier



Président : M. BRINDEAU, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ.
	LÈREBOULLET
	NORÉCOURT
	H. CLAUDE
	GOUGEROT
	GUILLAIN
	TEISSIER
	DELBET
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
	TERRIEN
	LEGUEU
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
	J.-L. FAURE
	OMBREDANNE
	VAQUEZ
	SEBILEAU
	Pierre DUVAL.
	SERGENT
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. -- AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
BILLET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhin-i-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique obstétricale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
METZGER	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agréé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage de **profonde reconnaissance** pour la belle profession qu'ils m'ont permis d'embrasser.*

A MA FEMME

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Paris

Officier de la Légion d'honneur

Modeste tribut de vive gratitude.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse inspirée par lui.

Qu'il trouve ici l'expression de notre vive reconnaissance pour son enseignement et ses précieux conseils.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur GILBERT, *in mémoriam*.

Monsieur le Professeur GOSSET;

Monsieur le Docteur FÉLIX RAMON;

Monsieur le Professeur Ag. LENORMANT;

Monsieur le Professeur Ag. CHABROL;

Monsieur le Professeur MARFAN;

M. le Professeur MILIAN;

Monsieur le Docteur LAQUERRIERE;

Monsieur le Professeur GUILLAIN;

Monsieur le Professeur TEISSIER;

Monsieur le Professeur BRINDEAU.

A MES MAITRES DE LA CLINIQUE TARNIER,

M. DESOUBRY, Mme DE PENETTI, MM. SUZOR,
BAILLIS, BIDOIRE, anciens chefs et chef de clinique.

A MES CAMARADES MONITEURS

MM. les Docteurs REMLINGER, JODIN et BUTAUD.

INTRODUCTION

La question des avortements thérapeutiques a été agitée depuis bien longtemps déjà, et depuis bien longtemps des avis tout à fait opposés et contradictoires ont été émis. C'est qu'en effet, le sujet est gros de conséquences et la conduite à tenir doit être envisagée au triple point de vue de la thérapeutique, de la morale et de la sociologie.

Depuis 1728, date à laquelle MAURICEAU le premier constata l'influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire, bien des discussions sont nées, bien des observations ont été opposées et lorsqu'on veut être impartial, il est très difficile de se faire une opinion nette.

Mais l'état de progression constant de l'art médical a permis peu à peu de tirer de l'obscurité des indications précises, sinon formelles, dans lesquelles l'avortement semble une nécessité en cas de tuberculose pulmonaire.

De nombreux travaux ont paru depuis 1728, et tous ont soutenu une thèse particulière. Notre intention n'est pas de rééditer ces travaux ni de nous entendre sur leurs caractéristiques; nous avons voulu seulement placer sous les yeux du lecteur l'ordre chronologique des différentes théories et par ce che-

min historique le placer en face de la situation actuelle.

De plus, à la suite de plusieurs cas qui se sont présentés à la Clinique Tarnier, notre Maître, M. le Professeur Brindeau, nous conseilla ce travail.

En nous appuyant sur les statistiques des avortements thérapeutiques pratiqués à la Clinique depuis 1927, nous essaierons d'envisager dans quelles conditions la question des avortements en cas de tuberculose pulmonaire peut se poser.

Nous n'aurons en vue que le but thérapeutique seul, les objections d'ordre moral, religieux et social restant naturellement entières.

Qu'il nous soit permis avant d'aller plus loin, de remercier M. le Professeur BRINDEAU de l'intérêt qu'il nous a toujours marqué et du grand honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce sujet dont l'importance considérable nous rend fier et dont nous avons tâché de nous montrer digne.

A M. le Docteur DESOUBRY, ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, nous devons les encouragements, les conseils et les intéressantes observations qui contribueront pour beaucoup à confirmer notre thèse.

HISTORIQUE

De toute antiquité l'avortement thérapeutique a été pratiqué, mais suivant les races comme suivant les époques, les réactions ont été différentes et les intérêts sociaux ont d'abord été envisagés bien longtemps avant l'idée thérapeutique. C'est ainsi que dans le code d'Hamourabi (xxi^e siècles avant J.-C.), on reconnaissait l'avortement puisqu'une simple amende était prévue et payable au père de la femme lorsque celui-ci se produisait, le but poursuivi n'était naturellement pas indiqué ni même recherché.

Chez les Grecs, les raisons d'ordre social étaient plus particulièrement invoquées, mais la question de l'enfant n'était que seule envisagée là encore.

Puis chez Soranus d'Ephèse, on voit apparaître enfin le point de vue médical propre.

« Etroitesse du col de l'utérus, ou parce que la matrice toute entière est trop petite et ne peut suffire à la nutrition de l'enfant ».

Chez Hippocrate ensuite les indications deviennent de plus en plus nombreuses et variées, cachant il est vrai derrière elles des motifs bien moins avouables.

« Lors de la putréfaction de l'enfant tué par un vent glacial ».

Mais il faut signaler déjà chez Hippocrate la naissance d'une théorie qui eut plus tard, nous le verrons tout à l'heure, son heure de prospérité et ses acharnés défenseurs; nous voulons parler de la théorie de l'influence heureuse de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire; Hippocrate dit en effet :

Juvenes cœlibes strumosi fiunt postea vero matrimonio sponte curantur.

Mais ses avis furent peu écoutés et suivis, et dans la suite des siècles la tendance à considérer l'enfant comme un organe dépendant de la mère : « *pars viscerum matris* » laissant par conséquent toute latitude dans l'intervention, parut plus agréable et plus commode. Rome fut le champion de cette théorie qui s'accordait très facilement avec les mœurs dissolues de cette époque.

Jusqu'en 1560 la question resta pendante, la conduite à tenir s'accommodant avec les vicissitudes du siècle, lorsqu'à cette époque GUILLEMEAT reprenant la question, se demande s'il est permis de sacrifier un enfant vivant pour sauver la vie de la mère. D'ailleurs, il ne va pas plus loin et conclut par l'affirmative.

Vers 1563, Louise BOURGEOIS, accoucheuse de la reine Marie de Médicis partisans des interruptions, en trouve les indications uniquement dans les cas de dystocie du bassin. Elle reste muette sur les cas de tuberculose.

1728 est une grande date dans l'histoire des rapports entre la tuberculose pulmonaire et la grossesse et marque alors le point de départ des théories nombreuses sur lesquelles nous avons vécu jusqu'à aujourd'hui.

C'est en effet en 1728 seulement que pour la première fois MAURICEAU constate l'influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire : « l'accouchement est un mauvais port où périssent les femmes qui ont une aussi méchante poitrine ».

Mais l'opinion à cette époque était loin d'être unanime, bien au contraire.

En 1770, Rozière de la Chassagne, dans son traité des maladies de la poitrine, estime qu'entre deux femmes phtisiques au même degré, celle qui deviendra enceinte portera son fruit à terme, tandis que l'autre pourra périr avant ce terme.

Puis c'est SIMS en 1778 dans son « observation sur les maladies épidémiques » qui rapporte qu'il n'a jamais vu moins de femmes phtisiques que pendant la grossesse. C'est ainsi que l'on voit s'amorcer dès maintenant cette querelle qui presque jusqu'à la fin du XIX^e siècle mettra aux prises les différentes écoles tant françaises qu'étrangères, et qui trouvent encore aujourd'hui d'acharnés défenseurs.

En effet, parmi les optimistes les plus marquants nous trouvons en 1817 MARC FRANCK qui, dans le dictionnaire des sciences médicales, croit constater une rémission des signes chez une femme tuberculeuse enceinte.

C'est ensuite VERNICH qui recommande aux jeunes femmes phthisiques le mariage dans le but de guérir leur affection pulmonaire.

C'est LASSÈGUE qui en 1856 cite dans sa thèse trois cas de tuberculose pulmonaire enrayée par la grossesse. De même FALLEN en 1889 étudie dans sa thèse l'influence heureuse de la puerpéralité sur la tuberculose.

Mais en opposition à cette école vraiment très optimiste, l'école qui vit le jour sous MAURICEAU répond par des observations nombreuses. Il faut bien, à vrai dire, reconnaître qu'ils constataient des faits, observaient des tuberculoses pulmonaires aggravées par la grossesse, mais ils n'en tiraient pas, à cette époque du moins, une ligne de conduite nette dans le sens de la thérapeutique interventionniste.

Pourtant déjà en 1771, BAUDELOCQUE parlant de l'avortement thérapeutique, l'admet, mais seulement dans le cas d'hémorragies abondantes ne laissant pas d'espoir de salut que dans la délivrance de la femme.

Se faisant l'écho de cette théorie qu'il étend d'ailleurs, GRISOLLE en 1849, fait à l'Académie de Médecine le 20 octobre, une communication sur l'influence néfaste de la grossesse sur la phthisie.

En 1843, DUBOIS précisa les lésions de bacillose pour lesquelles à son avis, un avortement devait être pratiqué. Suivi en cela par DUBREUILH en 1851, qui rapporta des observations nombreuses de cas d'amélioration des symptômes pulmonaires après curage de l'utérus.

Ils ne furent pas suivis, bien au contraire; si leur théorie fut citée, ce fut pour nier l'influence heureuse de l'avortement thérapeutique sur l'état pulmonaire, bien plus même, ils affirment l'inefficacité de ce traitement et son extrême danger.

Mais si dès cette époque la question ne progresse plus en France, à l'étranger, en Italie par exemple, elle est reprise avec soin et étudiée de très près.

Au Congrès d'obstétrique de Rome en 1886, PASQUALI et BOMPIANI présentent plusieurs cas d'interruption de la grossesse pour tuberculose pulmonaire avec résultats très favorables.

En Angleterre, à peu près à la même époque, William DUNCAN, vers 1890, préconise non pas la lutte contre le bacille de Koch, mais la lutte contre la puerpéralité.

Puis SIMPSON, au Congrès de Rome en 1902, PUNCK, CIOFFI et ASCOLI au Congrès de Médecine internationale de Padoue en 1903, posent les principes de l'avortement provoqué au début et de l'accouchement prématuré dans les derniers mois, quels que soient les lésions et l'état général. Dès ce moment, la vieille théorie de l'influence heureuse de la grossesse sur les lésions pulmonaires a vécu et tout le monde est obligé de reconnaître son action néfaste; mais où les avis diffèrent encore actuellement, c'est sur la conduite à tenir : « ou tâcher de guérir médicalement tout en laissant évoluer la grossesse, ou interrompre la grossesse pour arrêter l'évolution des lésions manifestement entretenues et aggravées par celle-ci ».

Au Congrès de Rome en 1912, M. BAR mettant au point la question, constate que la grossesse est une cause :

a) De réveil pour la tuberculose pulmonaire latente.

b) D'aggravation pour la tuberculose évolutive.

« Il est de règle, ajoute-t-il, de voir cette action fâcheuse s'exercer dans le dernier tiers de la grossesse et après l'accouchement où la tuberculose prend une marche rapide ».

C'est là un fait d'observation courante admis par tout le monde, mais les opinions divergent lorsqu'il s'agit de prendre une décision.

SERGET, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris en 1922, trace les grandes lignes de conduite en pareil cas.

« Il faut envisager deux hypothèses, dit-il. Tantôt la tuberculose est en évolution, tantôt elle est figée; si elle bouge, faire un pneumothorax »; et ainsi que PINARD, HERYOTT et L. BERNARD, ils s'en tiennent là.

Au Congrès de Genève en août 1923, GUERDJIKOFF fait les mêmes constatations, mais ne conclut pas dans ce sens : il faudrait ajourner la grossesse dans les formes curables de tuberculose pulmonaire, et ces cas sont très nombreux, dit-il, et ne la conseiller que lorsque les lésions sont guéries. Si la grossesse survient malgré tout, je trouve son *interruption indiquée*.

Naturellement il n'est pas question d'interrompre la grossesse si les lésions sont telles que la mort paraisse certaine, l'abstention est évidemment obligatoire. Mais dans les cas moyens et comme le dit BAR dans sa conférence de Madrid, dans les cas où les lésions sont franchement curables, mais qui paraissent s'aggraver du fait de la grossesse au point de devenir incurables ou d'issue incertaine, là seulement la question peut se poser.

Dans ces cas, dit-il, c'est un problème de conscience autant que de jugement qui se pose.

Il ajoute qu'aux renseignements donnés par les signes pulmonaires doivent s'ajouter ceux fournis par la réaction à la tuberculine. Dans les cas où cette épreuve serait négative, l'état d'anergie (passager peut-être) ferait pencher en faveur d'une interruption.

M. le Professeur BRINDEAU expose ensuite que la difficulté est très grande de savoir quels sont les cas aggravés par la grossesse, mais il pose en principe que toute tuberculose enceinte nettement aggravée *dès le début* de la grossesse doit subir une intervention ayant pour but d'interrompre le cours de sa gestation.

Cependant, « il faut bien peser sa détermination,
« de peur de provoquer l'interruption de la grossesse
« chez des femmes qui auraient pu la mener à terme
« sans grandes complications ou bien de voir suc-
« comber une tuberculeuse dans les suites de cou-
« ches ».

Malgré tout, comme le disait M. BAR, Séance à l'Académie de Médecine en 1922, « l'interruption
« de la grossesse n'est qu'une ressource de fortune
« cruelle qui nous est imposée par l'état actuel de la
« phtisiothérapie jusqu'au jour où nous aurons entre
« les mains les moyens héroïques de lutter contre
« ce fléau »).

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA TUBERCULOSE

Dans le rapide historique que nous venons d'exposer, nous n'avons eu en vue que les opinions émises concernant la conduite à tenir en présence de grossesse et tuberculose, et plus particulièrement des interventions proposées. On conçoit qu'il soit très difficile d'avoir une opinion exacte, vu le polymorphisme formidable de la tuberculose pulmonaire.

D'après ce que nous avons vu, en effet, les avis différents se rattachent malgré tout, à trois théories :

1° La grossesse coexisté avec la tuberculose pulmonaire sans l'influencer.

2° La grossesse favorise la tuberculose pulmonaire.

3° La grossesse est incontestablement un facteur d'aggravation des accidents pulmonaires.

En réalité, dans cette maladie extraordinairement polymorphe, dont les aspects cliniques sont si variés, on peut tout voir.

On comprend que lorsque la grossesse survient chez une femme tuberculeuse, même en activité bacillaire, mais dont les lésions sont en partie calcifiées, la grossesse n'influe pas sur la marche de la maladie.

C'est le cas de ces femmes qui présentent des cavités sclérosées, des coques, qui rentrent dans la catégorie de ces « cracheurs de bacilles » dont parlait SERGENT, si dangereuses pour leur entourage, mais si peu pour elles-mêmes, et qui supportent parfaitement efforts, fatigues, maladies intercurrentes et grossesses.

Ce sont en général des femmes non fébriles, et pourtant ce sont des positives et présentant souvent des lésions étendues de leur parenchyme.

Dans ce cas, on comprend que la grossesse co-existe avec des lésions pulmonaires sans les influencer.

On peut même concevoir que certains auteurs aient pu penser que l'état de gravidité améliorerait l'état pulmonaire.

Voyons plutôt ce qui se passe chez la femme normale. Si dès les premiers mois de sa gestation elle est intoxiquée par l'œuf qu'elle porte, si elle présente, du fait des toxines placentaires qu'elle secrète, ces troubles nombreux dits sympathiques de la grossesse (nausées, vomissements), nous voyons presque toujours vers 2 mois $1/2$, 3 mois, succéder à la période initiale pénible, une seconde phase floride, favorable pendant laquelle la femme enceinte semble en quelque sorte bénéficier de son état de grossesse.

C'est la période où la femme fixant l'eau, les graisses, les sels, assimile au maximum, c'est la période où elle augmente considérablement de poids, beaucoup plus que ne le veut la présence de son fœ-

tus, période qui dure jusque dans les dernières semaines.

Pourquoi ne pas admettre que si la femme normale doit à un certain moment bénéficier de son état, il n'en soit pas de même de la tuberculeuse? c'est ce qui explique que tous les auteurs ont eu l'occasion d'observer ces améliorations apparentes de l'état général de leur malade du fait de leur grossesse.

En réalité, le problème ne se pose pas de cette façon et quand on veut juger de l'influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire, il faut étudier la femme non seulement pendant sa grossesse mais aussi dans les suites de couches et dans les mois qui suivent. Le délai d'un an donné par M. SERGENT étant généralement admis.

Un grand nombre d'auteurs ont en effet insisté sur la fréquence des poussées évolutives dans les semaines qui suivent l'accouchement et nous avons eu nous-mêmes l'occasion de voir des femmes qui brûlent comme un feu de paille et qui meurent rapidement.

Parmi de nombreuses observations de femmes venues consulter dans le dernier mois de leur grossesse seulement, et hospitalisées aussitôt, nous citerons celle-ci qui est typique et pour laquelle des examens répétés montrèrent la progression constante et rapide des lésions après l'accouchement.

OBSERVATION I

Madame H... Lucie III pare

Femme venue consulter dix jours seulement avant son accouchement.

Aucun antécédent pathologique héréditaire.

Rougeole à 15 ans sans complications pulmonaires.

Depuis l'âge de 21 ans, elle accuse une sensibilité spéciale au froid. Bronchites à répétition.

1919. — Apparition des premiers signes d'imprégnation bacillaire. Fatigue marquée au moindre effort. Amaigrissement.

En juin, petites hémoptysies. Ne se soigne pas.

1920. — Première grossesse, enfant vivant, suites de couches normales.

1925. — Deuxième grossesse; accouchement normal à terme. Suites de couches troublées par de fréquentes hémoptysies.

1928. — Ovariectomie droite avec appendicectomie. S'est traitée irrégulièrement au point de vue pulmonaire pendant toute cette période.

1930. — Le 24 janvier, accouchement au forceps Tarnier. Fille vivante pesant 2.530. Délivrance naturelle complète. Poids de l'A. F. : 320 grammes.

Cette malade entrée dans le service le 14 janvier,

présenta jusqu'à la veille de son accouchement une température oscillant entre 37° et $37^{\circ}6$ au maximum.

Dès son accouchement et bien qu'on lui eut appliqué le forceps dès dilatation complète, elle se mit à faire de la température, oscillant chaque jour entre $37^{\circ}4$ et 38° .

Un examen pulmonaire le 28, c'est-à-dire quatre jours après l'accouchement, révéla :

Amaigrissement;

Thorax rétracté;

Zone tympanique au sommet droit.

Respiration rude soufflante.

Gargouillements dans la région du hile.

Râles caverneux.

Souffle anphorique.

Sous crépitants dans le reste des deux champs.

Expectoration muco-purulente.

Quelques crachats striés.

Dyspnée.

Le 31, 3 jours après donc, un nouvel examen pratiqué donne :

Température 39° , $39^{\circ}5$.

Pouls 148.

Très mauvais état général.

Bruits bronchiques accrus.

Sibillants nombreux.

Apparition d'une gêne marquée de la parole.

Voix assourdie.

Timbre voilé.

Dyspnée plus marquée.

L'examen du fond de la gorge ne montre qu'une rougeur peu marquée de la muqueuse.

Puis les signes vont s'aggravant et douze jours après la femme meurt. La courbe de température ci-dessous illustre bien cette évolution rapide que le travail de l'accouchement suffit à déclancher et qui en peu de jours conduit la femme à la mort.

Tous les auteurs ont observé ces cas pénibles et la grande majorité est d'accord actuellement pour dire que la grossesse exerce une influence néfaste sur la tuberculose.

Il suffit de relire dans la très nombreuse littérature de cette question les articles récents parus à ce sujet pour voir que dans tous les pays en France comme à l'étranger, c'est l'opinion courante.

Depuis les derniers Congrès de Rome, de Padoue, de Genève, de Lausanne, il semble que la question soit réglée et on ne trouve plus de médecins qui conseilleraient le mariage et la grossesse aux tuberculeuses.

La grossesse est donc néfaste chez la femme présentant des lésions de tuberculose pulmonaire et il est logique de penser qu'on ait été tenté d'empêcher l'évolution des lésions en interrompant la grossesse.

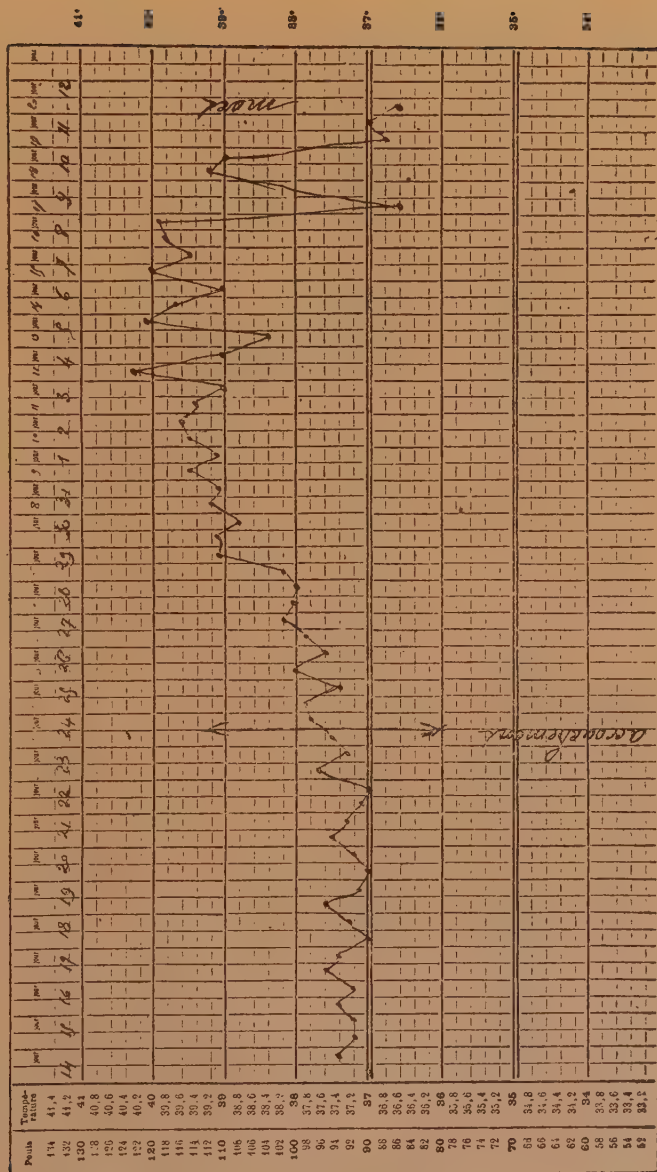
Courbe N° 1

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS 13^e H L

Service d'Accouchement

12° 1

B. 17



INDICATIONS

Devant le danger que présentait une grossesse chez une femme tuberculeuse, quels ont été les moyens d'action proposés pour en atténuer les risques?

Deux opinions bien différentes ont été émises :

a) soigner la tuberculose et surveiller la grossesse.

b) interrompre la grossesse.

Soigner la tuberculose. — Et cela par tous les moyens habituels. A la cure de repos dans des stations d'altitude, il faut ajouter les médicaments récalcifiants en y associant comme le fait SERGENT la médication surrénale qui favorise la fixation des sels de chaux en même temps qu'elle lutte contre la déficience surrénale généralement constatée au cours de la grossesse. A ces médicaments purement chimiques, il faut ajouter les moyens mécaniques, nous voulons parler des pneumothorax artificiels proposés et appliqués pour la première fois en France par RIST dans les cas de tuberculose pulmonaire unilatérale chez la femme enceinte.

C'est évidemment préférable aux traitements purement médicaux et les progrès du mal semblent

provisoirement jugulés, permettant ainsi à la grossesse d'aller à terme, mais l'influence néfaste des suites de couches dans ces cas assombrit beaucoup le pronostic. RIST, dans une communication à la Société d'Obstétrique, rapporte deux observations où l'aggravation fut manifeste après l'accouchement.

Nous rapportons nous-mêmes deux observations où les femmes furent soumises au pneumothorax, mais ce moyen thérapeutique ne fut pas suffisant pour enrayer la poussée tuberculeuse provoquée par la grossesse, la bilatéralité des lésions devenant alors une contradiction à la poursuite du traitement. Il arrive aussi qu'un pneumothorax réussissant très bien, n'empêche pas l'évolution de la maladie, la femme continuant à maigrir et à expectorer des bacilles; aucun traitement ne peut alors enrayer l'évolution et l'on est obligé d'avoir recours à l'interruption.

Les traitements généraux par les sels d'or, si actifs souvent dans la tuberculose pulmonaire seule, n'agissent plus suffisamment dans la tuberculose co-existant avec une grossesse.

Dans une observation, que nous rapportons plus loin, une femme qui avait été améliorée à deux reprises par des injections de Crysalbine, alors que deux pneumothorax tentés n'avaient donné qu'un résultat tout à fait insuffisant, vit ses lésions augmenter de telle sorte malgré les injections, que l'on dut recourir à l'interruption.

Nous en arrivons ainsi à la deuxième théorie.

Interrompre la grossesse.

Tout d'abord, insistons bien sur ce point : *ce n'est pas un traitement*, ce ne peut être qu'un moyen d'empêcher dans certains cas l'évolution rapide. Mais quels sont ces cas ?

Reprenant le mot de M. le Professeur BRINDEAU, nous dirons que : *ces cas sont très rares.*

Nous éliminerons tout d'abord les cas où chez des femmes tuberculeuses coexiste d'autres affections qui poseraient elles-mêmes l'indication d'un avortement provoqué, tels que les vomissements graves, les lésions cardiaques, rétrécissement mitral avec grosse décompensation, mal de Bright, cas qui sont exceptionnels mais où naturellement du fait de la tuberculose existante, nous interviendrons plus volontiers.

OBSERVATION N° 1

Madame E... D., N° 2081

Antécédents héréditaires : père mort de tuberculose alors que l'enfant avait huit mois.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels.

Mariée à 23 ans, présente peu après :

Fatigue.

Anorexie.

Amaigrissement.

Sueurs nocturnes.

B. K.

Radio : ombres pulmonaires bilatérales très étendues. On tente un pneumothorax, 12 insufflations en 45 jours ne donnent qu'un décollement insuffisant.

Le côté opposé étant atteint, on abandonne le pneumothorax. Envoyée dans un sanatorium, elle est soumise à un traitement aux sels d'or.

Présente au bout de six mois une amélioration légère. Peu après son départ du sanatorium, nouvelle rechute. Nouveau pneumothorax abandonné.

Elle reprend la cure aux sels d'or et y trouve une très notable amélioration.

Très bon état général.

Engraisse de 4 kilos.

Plus de température.

La malade devient enceinte au bout de trois mois de ce traitement.

Dès le début elle présente des vomissements multiples et répétés.

Grosse altération de l'état général.

Recommence à tousser.

Ses crachats sont striés de sang; on y retrouve des B.K.

La température oscille autour de 38°.

On décide d'intervenir :

Curage digital après pose de laminaire comme nous l'expliquerons plus loin.

Résultat parfait. Suites de couches tout à fait normales.

L'interruption fut décidée dans ce cas par M. BRINDEAU en raison des grands retentissements des troubles gravidiques sur l'état général et de l'influence néfaste que ces troubles auraient pu exercer sur l'état pulmonaire.

Mais outre ces cas où naturellement nous intervenons, il en est d'autres plus nets. Ce sont les cas où il existe des causes d'ordre mécanique qui interdisent à la femme la fatigue d'une grossesse. Nous rapportons ci-dessous une observation qui, suivant pas à pas l'évolution normale d'une tuberculose chez une femme jeune et nullipare devenant par la suite enceinte à deux reprises, confirme cette seconde indication.

OBSERVATION III

due à l'obligeance de M. Desoubry

Mme L... Marcelle, II pare, 20 ans

Antécédents héréditaires : père mort tuberculeux.

Contact permanent avec le malade.

Une sœur tuberculeuse.

Antécédents personnels :

En 1926. — Toux sans expectoration.

Température.

Amaigrissement marqué.

Sueurs nocturnes.

Le tout a rétrocedé sous l'influence du repos.

En 1927. — Otite.

Réapparition de la toux.

Amaigrissement.

Présence de B.K.

La malade refuse un pneumothorax.

En 1928. — Hémoptysies.

Sueurs nocturnes.

Expectoration abondante.

Radio : à droite : Sommet s'éclairant mal à la toux.

Tache entre le hile et la clavicule.

Tache dans l'angle pariéto-claviculaire.

La malade est enceinte de 4 mois à cette époque et signale l'aggravation des signes depuis la disparition de ses règles.

Pneumothorax : très bon collapsus.

Repos dans un sanatorium, amélioration marquée, état général meilleur.

Juin 1928 — Accouchement naturel à terme.

Enfant vivant bien portant.

Suites de couches immédiates sans incidents.

Août 1928 — Apparition du côté gauche de quelques taches périhilaïres.

Décembre 1928 — Le phtisiologue est frappé de l'extension rapide des lésions et de leur extension bilatérale.

Avril 1929 — L'aggravation est telle que l'on propose un deuxième pneumothorax du côté opposé.

1930. — La malade devient enceinte, son état général est très médiocre.

Devant les signes pulmonaires, on décide l'interruption de la grossesse, on pratique en outre une hystérectomie suivant le procédé ordinaire avec ligature des trompes.

La malade repart très améliorée.

Revue actuellement, elle présente un état général très satisfaisant.

De l'examen méthodique de cette observation, on tire des déductions importantes.

a) la première grossesse a manifestement aggravé les lésions déjà existantes. Des soins énergiques et un pneumothorax lui ont permis de supporter, assez péniblement il est vrai, sa première grossesse.

b) les suites de couches, du moins dans le premier mois, furent sans histoire; mais tout de suite après, on constate une extension bilatérale des lésions, lésions qui évoluent avec une très grande rapidité.

Un deuxième pneumothorax juggle la maladie avec peine quand survient une deuxième grossesse, qui comme la première, aggrave les signes.

c) ici les antécédents sont là, pour élucider la question, cette femme va voir son affection s'accroître et, si elle parvient au terme de sa grossesse, les suites

de couches sont à redouter. Mais pourra-t-elle arriver à terme? Un double obstacle mécanique, comme l'est un pneumothorax bilatéral, ne permet pas d'après nous, de supporter la fatigue d'une grossesse. Contrairement à autrefois, il est maintenant des cas où étant donnés les procédés employés (pneumothorax, thoracoplastie) l'interruption semble ne pouvoir être discutée. L'interruption ici est un acte nécessaire et de plus, il ne faut plus permettre à cette femme de nouvelles maternités; c'est pourquoi, comme nous le verrons plus loin, nous avons eu recours à l'hystérectomie.

Il est encore une troisième indication pour laquelle les avis paraissent actuellement concorder, ce sont les cas où coexistent la bacillose laryngée et la grossesse.

Nous rapportons ici un cas typique, cliniquement et radiologiquement constaté, où coexistaient d'ailleurs une tuberculose pulmonaire, une tuberculose laryngée et une grossesse au début.

OBSERVATION IV

Madame F... 1^{re} pare, 20 ans

Antécédents collatéraux : 2 sœurs et 1 frère morts de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels : Scarlatine à 12 ans.

Crise albuminurique ensuite.

A 17 ans, hémoptysies peu abondantes.

Peu de température.

Amaigrissement par sauts brusques.

Apparition d'une laryngite.

En 1929. — Bronchite vulgaire.

Nouvelle période d'amélioration. Reprise de 6 kilos en deux ans. Mariée il y a un an. Mari bien portant.

Suivie au dispensaire d'hygiène sociale.

Présente de très légères hémoptysies peu fréquentes.

Pas de température.

Laryngite bacillaire.

A droite en arrière, taches hilaires très marquées avec voile des deux sommets.

La malade cesse de voir ses règles le 9 avril 1930.

Le 20 juin 1930, elle vient consulter et on constate :

Toux sans expectoration.

Pas de température.

Laryngite bacillaire typique.

Forme infiltro-ulcéreuse relativement peu ulcérée, en somme lésion peu évolutive.

L'examen radioscopique pratiqué au dispensaire d'hygiène social, montre :

Tuberculose fibro-caséreuse occupant à gauche et à droite le lobe supérieur.

Lésion ayant augmenté en étendue depuis le début de la grossesse.

Début de processus caséux dans la région sous-claviculaire droite.

Taches confluentes aux deux sommets.

Pas de bacilles.

Devant cette association de tuberculose laryngée et de tuberculose pulmonaire avec une grossesse de deux mois 1/2, on décide l'interruption qui est pratiquée le 25 août.

Pose de laminaire et curage digital.

La malade revue depuis présente :

Laryngite sans changement.

Etat général très amélioré.

A repris 4 kilos en 5 mois.

Plus de toux.

Pas de température.

Les avis ici sont unanimes, que l'aggravation provoquée par la grossesse, est un fait constant.

Il est enfin une quatrième catégorie de femmes enceintes et bacillaires chez lesquelles l'interruption est à envisager. Ce sont les femmes qui dès la suppression des règles, ont un état qui s'aggrave et pour lesquelles on peut penser que l'affection prendra du fait de cette grossesse une allure plus rapide et plus dangereuse. C'est là en réalité tout le problème.

L'observation rapportée par M. BOURSIER et M. FARGES à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie en 1926 est en cela très instructive, elle nous montre en effet une femme très régulièrement suivie chez laquelle, à chaque nouvelle grossesse, se manifestait

une recrudescence des lésions pulmonaires et cela dès les premiers mois, et pour laquelle à la fin ils durent pratiquer une interruption. Mais comment prévoir l'évolution d'une grossesse dans ce cas et comment discerner si la femme pourra ou non aller à terme, pourra ou non supporter les suites de couches?

C'est dans cette catégorie qu'il reste actuellement la plus grande latitude et le moins de règles à la portée du praticien, et c'est là naturellement que les objections de RIST, SERGENT, PINARD ont toute leur valeur.

« Il est impossible de prévoir si l'évolution d'une tuberculose chez une gestante sera ou non mortelle. »

Bien des auteurs ont constaté que des femmes en gestation ont eu une tuberculose à évolution rapide et chez d'autres la tuberculose est restée stationnaire pendant plusieurs grossesses.

La question n'est pas simple et est loin d'être résolue, mais d'ores et déjà il est et reste établi que certaines formes de tuberculose évolutive commandent l'intervention.

Dans le cas de nos trois premiers malades, il n'existait aucune autre solution acceptable, les observations suivantes montreront quels signes à notre avis conditionnent une intervention évacuatrice.

Actuellement la classification des symptômes est simple, mais il n'en fut pas toujours de même et chacun voulait tirer d'un seul signe une indication nette.

L'on comprend pourquoi on a pu reprocher à

cette thérapeutique tant d'insuccès et surtout tant d'interventions inutiles, soit en libérant une femme qui eut pu mener à terme une grossesse normale, soit en intervenant trop tard et sur des femmes trop malades.

Suivant tel ou tel auteur on prenait en considération tel ou tel signe :

ASCOLI, ZAGARI, ROSTHOM interviennent sur le seul vu de l'état général.

Pour NEU, FRAENKEL, la température seule importe.

Pour RICHI, BOSSI, HAMMERSCHLAG, les lésions du parenchyme pulmonaire sont seules à considérer.

PESTALOZZA vide l'utérus dans tous les cas d'hémoptysies. D'autres ont voulu voir dans les réactions à la tuberculine un critérium sûr, la question de la cuti-réaction et la recherche des anticorps tuberculeux (Mlle BASS et M. VAUDESCAL) sont encore à l'étude.

LIGNE DE CONDUITE SUIVIE A TARNIER

Nous ne possédons malheureusement sur ce sujet aucun critérium certain, mais quelques faits sont susceptibles d'entraîner le pronostic dans un sens ou dans l'autre.

Les signes fonctionnels si variables suivant les sujets ne seront pris en considération qu'après avoir tenu compte des signes généraux et toute particulièrement de :

l'amaigrissement considérable et rapide.

Asthénie.

la température.

l'expectoration bacillifère.

les hémoptysies.

Si à cela des signes stéthoscopiques décelant une

induration

congestion

craquements humides

viennent s'ajouter, que des examens de laboratoire sérieux et répétés coïncidant avec des examens radiologiques fréquents démontrent que les lésions bien que minimales sont en voie d'accroissement, il faudra penser à poser le principe de l'avortement, en se souvenant toujours qu'une petite lésion qui évolue sans

grands signes physiques est souvent bien plus grave qu'une grosse lésion bien sonore, mais qui bouge peu.

Un autre élément de pronostic plus grave sera naturellement l'extension bilatérale des lésions.

La difficulté donc est de dire si la femme que nous avons sous les yeux, enceinte de quelques semaines, présente une forme évolutive ou non. En pratique, nous nous basons sur les trois notions suivantes :

aspect de la température;

présence de B.K. dans les crachats;

renseignements tirés de l'observation des films pratiqués en série,

c'est-à-dire que pratiquement, à Tarnier, M. BRINDEAU et M. DESOUBRY sont intervenus depuis 3 ans chez les tuberculoses positives fébriles présentant des modifications radiologiques sur des clichés pratiqués en série.

Nous ne saurions en effet trop insister sur l'importance capitale de mettre ces femmes en observation, de suivre leur courbe thermique, de pratiquer chez elles de nombreux examens de crachats et de faire de nombreux films en série. Le degré des lésions sera évidemment à considérer. Une femme porteuse de râles humides de cavernes avec foyers de ramollissement, dans un état de cachexie avancé, ne présentera aucune chance de guérison, et l'intervention dans ce cas, aussi peu traumatisante qu'elle soit, peut être le coup de fouet fatal.

La parité sera à considérer, la primipare étant plus sujette à contracter une tuberculose à évolution rapide que la multipare. Léon BERNARD rapporte l'observation de 31 femmes dont la tuberculose avait débuté et s'était aggravée au cours de la grossesse, 21 primipares y figurent pour 10 multipares seulement.

OBSERVATION V.

Madame S... L..., III pare, 38 ans

Antécédents héréditaires. — Père décédé à 39 ans de tuberculose pulmonaire.

Collatéraux. — 2 sœurs mortes de tuberculose, 1 sœur vivante, mais tuberculeuse.

Rien à signaler dans l'enfance.

Première grossesse en 1919. — Normale à terme. Fille pesant 3.500. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1921. — Normale à terme. Garçon vivant pesant 3.000.

Dans les suites de couches, la malade présente des hémoptysies légères avec bacilles dans les crachats.

A partir de 1925, elles se font plus fréquentes et plus abondantes, nécessitant un séjour d'un mois dans un service hospitalier.

Une radio faite à ce moment-là montre :

quelques ombres pulmonaires à droite.

lésions prédominantes à gauche.

On renonce à pratiquer un pneumothorax.

Séjour de dix-huit mois dans un sanatorium.
Amélioration. Très bon état général pendant ce temps. Expectoration nulle. Pas de température.

En 1926, opérée de pyélotomie.

Fin 1928, bronchite d'allure banale qui traîne.

Expectoration continuelle.

B.K. dans les crachats.

Hémoptysies de loin en loin (tous les deux ou trois mois).

Etat général bon.

Légère extension des signes radiologiques.

Dernières règles du 29 octobre au 6 novembre 1930.

Elle présente à cette époque des signes de lésions pulmonaires évoluant lentement.

B.K. dans les crachats.

Etat général assez bon quoique déficient depuis quelque temps. Hémoptysies de plus en plus rapprochées (tous les mois) qui coïncidaient avec les règles.

L'auscultation montre des lésions bilatérales.

Devant ces signes, considérant que cette femme était à sa troisième grossesse, qu'elle présentait depuis sa précédente grossesse un état allant s'aggravant sans cesse il était à redouter que cette nouvelle maternité produisit des désastres dans les suites de couches. On décide d'intervenir et pour ne pas exposer la femme à une nouvelle grossesse qui peut être l'origine d'une nouvelle poussée comme ses antécédents l'ont démontré, on lui propose la stérilisation.

Elle refuse. On fait une hystérotomie et on vide l'utérus. Aucun incident. Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION VI

Madame Ch... Ev., 27 ans, I pare.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires importants.

Mariée depuis 12 ans, mari tuberculeux.

Il y a 6 mois, amaigrissement marqué (10 kgs en 6 mois).

Anorexie progressive.

Asthénie.

Petite toux sèche sans expectoration au début, puis plus fréquente ramenant une expectoration mucopurulente.

Etat sub-fébrile 37°8 le matin.

Cet état s'améliore au bout de deux mois, mais tous les signes vont réapparaître dès l'arrêt de ses règles.

Toux.

Expectoration.

Amaigrissement.

Anorexie.

La malade s'alite.

Vomissements que l'on peut attribuer à la grossesse.

B.K. dans les crachats.

Hospitalisée alors qu'elle est enceinte de deux mois 1/2.

Etat général médiocre.

Température sub-fébrile.

Sub-matité légère de toute la moitié supérieure de l'hémithorax droit.

Pas de bruits surajoutés ni à droite ni à gauche.

Respiration soufflante à droite au sommet et dans la région paravertébrale droite.

Respiration rude à gauche.

Retentissement de la voix et de la toux à droite.

Radio : à droite, sommet obscur dans les 2/3 internes. Ombres hilaires larges avec gros tractus allant au lobe supérieur, base normale.

Devant cet état nettement aggravé par cette première grossesse, on propose une interruption qui normalement pratiquée permet à la femme de quitter la clinique dans un état très satisfaisant, sept jours après.

Ici, l'interruption consista naturellement à un curage de l'utérus par les procédés que nous verrons plus loin.

OBSERVATION VII

Madame B... A., 36 ans. II pare

Antécédents collatéraux : 5 sœurs mortes de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels :

En mai 1923, au 4^e mois de sa première grossesse, commence à tousser.

Anorexie.

Asthénie.

Température à 38°.

Sueurs nocturnes.

Amaigrissement.

Se repose du 6^e au 9^e mois, amélioration.

Accouche spontanément d'une fille pesant 6.070 grammes.

Suites de couches normales.

Alternatives de bonnes et mauvaises périodes jusqu'en 1928, date à laquelle les signes se sont beaucoup aggravés, en effet, d'octobre à janvier 1928, état pulmonaire très sérieux :

Expectoration.

Toux.

Insomnie.

Sueurs.

Le 16 février, arrêt des règles.

Vomissements 15 fois par jour.

Crachats sanglants.

Point de côté.

Température sub-fébrile.

B.K. dans les crachats.

Examen : Ampliation pulmonaire diminuée à droite.

Exagération des vibrations.

Foyer de râles humides.

Radio : lésions bilatérales diffuses sans signes cavitaires. La gravité des lésions semble telle qu'on pense que la malade ne pourra conduire sa grossesse à terme.

Hytérectomie sans incident. Les suites opératoires avaient l'air normales quand le 13 avril, cyanose, mort subite.

C'est ici le seul cas sur 20 interruptions de grossesse dans lequel il y ait à redouter une issue fatale.

L'examen nécropsique pratiqué ne donna pas la cause de cette asphyxie mortelle. Il est vraisemblable que la malade succomba à une embolie.

OBSERVATION VIII

Madame H... M. VI pare, 38 ans

Antécédents héréditaires : Père mort de tuberculose pulmonaire à 47 ans.

Mère décédée d'un cancer.

1 sœur décédée de tuberculose pulmonaire.

Dans son enfance on ne trouve à signaler qu'une bronchite à l'âge de 15 ans.

Elle présenta 5 grossesses successives avant que nous la voyions.

1^{er} accouchement en 1923 : terme, enfant décédé en bas-âge.

2° accouchement en 1924 : terme, enfant décédé de diphtérie.

3° accouchement en 1925 : terme, suivi d'une grosse hémorragie qui laisse la femme dans un état de grande faiblesse. Enfant vivant.

4° accouchement en 1927 : terme, normal, enfant vivant.

5° accouchement en 1928 : enfant décédé au 16° jours.

La malade raconte qu'au début de cette grossesse, elle présenta des phénomènes de laryngite qui ont été en s'accroissant de plus en plus.

Traitée par la cure de repos et les récalcifiants, elle a néanmoins continué à tousser. Un examen de bacilles à cette époque aurait été négatif.

Elle accouche normalement en 1928, mais l'enfant meurt. Les suites de couches furent normales, la malade ayant continué cependant à tousser et à cracher. Crachats striés de sang.

Elle vient en 1929 à la clinique pour une nouvelle grossesse datant de 2 mois 1/2.

Un examen pratiqué montre :

Amaigrissement marqué.

Toux fréquente.

Pas de température.

B.K. dans les crachats.

Pas d'hémoptysies.

Laryngite tuberculeuse typique.

Radio: lésions étendues et bilatérales, pas d'aspect cavitare.

Devant ces signes et considérant que cette femme en était à sa 6^e grossesse, nous lui proposons l'hystérectomie qu'elle accepte; il était à prévoir, en effet, que cette nouvelle grossesse aurait aggravé un état déjà bien déficient depuis la précédente, les signes pulmonaires s'étant déjà très modifiés depuis le nouvel arrêt des règles.

On fait donc l'opération suivante :

1 centimètre cube de morphine avant l'opération ;

Anesthésie locale à la novocaïne plan par plan;

Anesthésie parfaite ;

Laparotomie médiane sous-ombilicale;

Hystérectomie sub-totale sans incident.

La malade présente des suites opératoires normales et repart chez elle 19 jours après l'opération avec un état général satisfaisant.

OBSERVATION IX.

Madame D... L., 1^{re} pare. 25 ans.

Dans les antécédents héréditaires, rien à signaler.

A présenté dans l'enfance, des bronchites répétées tous les hivers ;

Une adénopathie carotidienne ayant suppuré.

En mai 1928, elle fait de la température à 38° tous les soirs.

Frissons.

Amaigrissement de 3 à 4 kgs en un mois.

Congestion des bases.

Un examen de crachats montre la présence de
B.K.

Pas d'hémoptysies.

La température reste avoisinante de 38° tous les soirs pendant un mois. On constate alors une pleurésie gauche.

Traitée, elle part à la campagne et l'état général s'améliore rapidement.

Elle vient consulter en février 1929, enceinte de 2 mois 1/2.

Elle présente un état général médiocre après avoir été florissant jusqu'à l'arrêt de ses règles.

Pas de températures.

Pas de sueurs nocturnes.

Inappétence.

L'examen des crachats est négatif.

A l'auscultation, respiration soufflante au sommet droit ; poumon, pas de bruits anormaux.

On tente le 19 février, un pneumothorax à droite. Des adhérences nombreuses ne permettent pas le décollement du poumon.

Devant la rapidité des lésions accrues depuis le début de la grossesse et l'impossibilité d'un pneumothorax, on décide d'intervenir.

La question de l'avortement simple ici se pose seulement. La femme étant primipare et le col étant très long et très dur, on décide de faire l'opération de Durhsen.

Anesthésie épidurale aidée d'anesthésie régionale.

Résultat parfait, à aucun moment la malade n'a réagi ni poussé une plainte.

Décollement de la muqueuse vaginale.

Incision du col qui est très long.

On l'incise sur une longueur de 5 cm. avant d'atteindre l'orifice interne.

L'œuf apparaît à la plaie.

On extrait le fœtus avec la pince de Bonnaire.

On décolle le placenta avec la curette de Cuzzi.

Extraction du placenta avec le doigt.

Mèche dans le col et dans le cul de sac antérieur.

Suture du col.

Hémorragie quasi nulle.

STATISTIQUES

Mais tout cela établi, il ne faut pas se dissimuler la difficulté du pronostic et du traitement et il est rare que l'on trouve réunis et présents à un tel degré tous les signes que nous avons indiqués. Bien des cas sont difficiles à juger, et comme le disait le Professeur Bar, c'est plus souvent un problème de conscience autant que de jugement qui se pose.

L'avortement thérapeutique est de ce fait plutôt un traitement d'exception.

En effet, dans le service de la clinique Tarnier, sur 14.127 accouchements pratiqués du 1^{er} janvier 1927 au 1^{er} janvier 1931, nous n'avons eu à intervenir que 20 fois chez des tuberculeuses pulmonaires enceintes, ce qui fait environ 1 fois sur 750 cas.

Ces interventions se répartissent comme suit :

1927.....	3.567	accouchements	3	avortements.
1928.....	3.700	—	2	—
1929.....	3.361	—	5	—
1930.....	3.499	—	10	—

Pour qui fréquente une maternité, il est évident que les cas de tuberculose pulmonaire sont évidemment beaucoup plus fréquents et cette statistique par ses chiffres est assez éloquente et montre bien que

malgré tout, il faut être très éclectique et réservé dans sa conduite et ne décider une intervention de cette importance qu'après mûres réflexions.

Outre les cas rares en effet de doubles pneumothorax déjà tentés et de maladies concomittantes, la question de l'avenir des lésions sera toujours à considérer. Il faudra voir évoluer et peser le degré de gravité de chaque signe.

Une fois, tout bien déterminé si l'on conclut à une intervention, quand et comment devra-t-on opérer?

A QUEL MOMENT INTERVENIR

Nous ne ferons que rappeler très brièvement ici que la question de la date de l'intervention est d'une importance capitale bien établie et admise par tous sans discussion. Il faut vider l'utérus le plus tôt possible, les interventions tardives étant pour le malades aussi grosses de conséquences et équivalentes même à un accouchement à terme.

M. Bar a beaucoup insisté sur les échecs, relevés dans les statistiques publiées et qui sont dues uniquement à une intervention trop tardive. Actuellement, on admet indiscutablement que la malade ne doit pas être enceinte de plus de 3 à 4 mois, l'interruption à cette époque étant très bien supportée.

Pratiquée de la façon suivante, que nous allons exposer, elle laisse la femme en possession de tous ses moyens de défense et ne produit ni choc, ni souffrance.

PROCEDES D'INTERVENTION

En présence d'une tuberculeuse pulmonaire chez qui on veut interrompre la grossesse, à quels procédés d'intervention nous arrêterons-nous de préférence ?

Quelles que soient les techniques employées, dans tous les cas et avant tout, l'accoucheur sera préoccupé par ces deux faits :

1° Déterminer chez la femme un traumatisme minimum ;

2° Eviter les procédés d'anesthésie capables d'exercer une influence néfaste sur l'affectation pulmonaire.

C'est dire qu'il évitera autant que possible tous les procédés d'intervention qui seront choquants, douloureux ou qui détermineraient des hémorragies, qu'ensuite on aura à opter entre les différents modes d'anesthésie régionale ou locale en dehors de l'anesthésie générale.

Quels seront donc dans ce cas les procédés de choix ? deux cas se présentent :

1° Ou bien l'intervention sera une évacuation de l'utérus complétée par une stérilisation de la femme ;

2° Ou bien ce sera uniquement une interruption

de grossesse sans action sur la vie génitale ultérieure de la femme.

Nous n'avons pas à discuter ici des différents procédés employés pour pratiquer la stérilisation des femmes, à en poser et en juger les avantages et inconvénients.

A la clinique Tarnier, dans les quelques cas très rares où M. le Professeur Brindeau a jugé utile de pratiquer ces interventions, il a toujours employé le même procédé : la section des trompes entre deux ligatures.

Ce procédé a l'avantage d'être facile le plus souvent, de pouvoir se faire sous anesthésie locale ou régionale, d'être peu douloureux à condition qu'on ne tire pas sur les trompes, et il donne de bons résultats.

Dans les cas de tuberculose pulmonaire où la stérilisation des femmes est décidée (cas encore une fois très exceptionnels), il nous paraît qu'il y a avantage à pratiquer non pas la simple section entre deux ligatures, mais l'hystérectomie sub-totale.

En effet, nous avons eu l'occasion de voir à plusieurs reprises M. le Professeur Brindeau pratiquer cette intervention pour des causes différentes sous anesthésie locale, sans que la malade soit très choquée et sans qu'elle paraisse souffrir notablement.

Pratiquée dans de bonnes conditions, avec de bonnes anesthésie, par un opérateur non brutal et qui prend soin d'éviter les douleurs déterminées par la traction des pédicules, c'est une intervention par-

faitement supportée et très peu choquante chez la femme qui ne saigne pas.

Il nous semble que se soit l'intervention de choix chez la tuberculeuse, car en supprimant des grossesses ultérieures, l'hystérectomie sub-totale présente le très gros avantage de supprimer également les poussées thermiques prémenstruelles si fréquentes chez la femme tuberculeuse et qui sont à coup sûr des facteurs défavorables pour la guérison.

Dans notre observation n° V, nous rapportons le cas d'une malade qui, outre les poussées de température prémenstruelle, présentait des hémoptysies, ce qui contribûe encore plus à assombrir le pronostic.

L'intervention dans ces cas est habituellement faite à la clinique Tarnier de la façon suivante :

Anesthésie locale à la novocaïne.

Anesthésie de la paroi aussi complète que possible, plan par plan, la femme ayant été morphinée auparavant, puis attente d'un quart d'heure (temps très important). Ouverture de la paroi (laparotomie médiane sous-ombilicale. Hystérectomie banale sub-totale en commençant par la section des pédicules droits et gauches avant la section du col.

Avant de toucher à l'appareil génital lui-même, quelques gouttes de novocaïne dans le paramètre permettent souvent d'atténuer considérablement les phénomènes douloureux.

Mais plus fréquemment, pour les raisons que nous avons indiquées plus haut, l'accoucheur sera amené à pratiquer simplement une interruption de

grossesse sans stérilisation. Le curettage qu'il fait dans ces cas doit être douloureux et choquant au minimum et doit s'accompagner surtout d'une très minime perte de sang. Dans ce double but, MM. Brindeau et Desoubry ont à plusieurs reprises, chez les tuberculeuses, pratiqué le curettage après anesthésie épidurale et des paramètres à la novocaïne.

Les résultats en sont parfaits, et nous avons nombre d'observations qui établissent de façon formelle que l'intervention est parfaitement supportée.

Nous rapporterons à ce sujet l'observation suivante, tout à fait typique

OBSERVATION X

Madame L. G., 20 ans

Pas d'antécédents héréditaires importants à signaler. Premier accident en 1928, en septembre la malade a craché un quart de verre de sang. Très fatiguée par la suite.

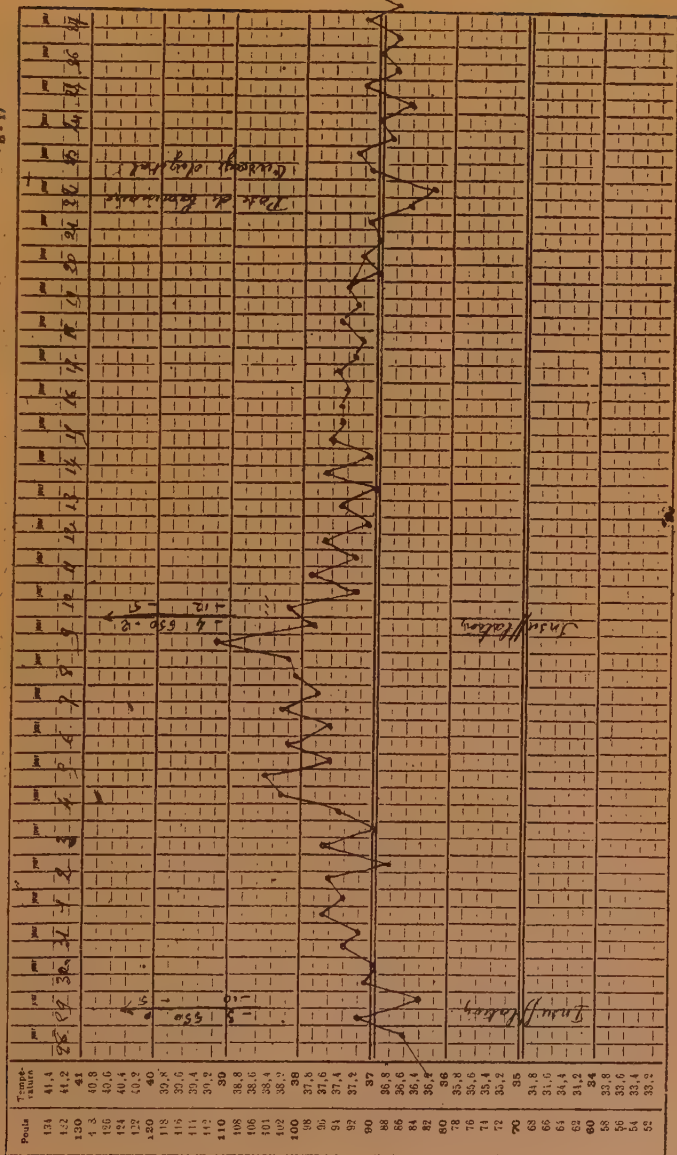
En 1929, début d'une grossesse. Etat général très défectueux, des clichés répétés ont montré au début des fines taches parsemées dans les deux tiers supérieurs du poumon droit. Le côté gauche est sensiblement normal. Rien n'a bougé pendant toute la grossesse, aucune modification notable, gestation normale sans épisodes fébriles.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Service d'Accouchement

Decembre : Janvier

图 3-17



Naissance d'un enfant à terme pesant 3.150 gr. en très bon état.

Nouvelle grossesse en décembre 1929. Brusque poussée puerpérale. Un cliché à cette époque montre une image lacunaire voisine et au niveau des ombres périhilaires à droite des examens de crachats pratiqués à différentes reprises ont toujours été positifs. On institue un pneumothorax, mais un nouvel examen radiographique en décembre 1929 décèle à droite : à la partie inférieure à deux travers de doigt au-dessus du diaphragme, une petite image lacunaire à siège postérieur.

On décide l'interruption qui a lieu le 22 janvier. La courbe de température ci-dessous montre bien que cette interruption fut bénigne et non choquante, et le 27, c'est-à-dire cinq jours après, la malade retournait dans son service primitif afin que son pneumothorax lui soit continué. Cette intervention si redoutée des anciens auteurs ne présenta ici aucun incident.

Courbe de température N° 2

Dans l'observation N° 4, laryngite associée à des lésions pulmonaires, le résultat fut ici aussi probant à tel point que la malade consentit avec peine à rester dans le service dix jours après l'intervention. Entrée sans aucune température, durant son séjour à la clinique, elle resta constamment dans un état parfait jusqu'à sa sortie.

La courbe de température suivante (courbe N° 3)

rendra beaucoup mieux que n'importe quelle dissertation la bénignité de cette intervention. Quant aux conséquences éloignées, nous sommes en mesure d'affirmer que la malade a profité dans une large mesure de cette intervention comme nous l'avons dit plus haut.

(Courbe Né 3)

Une autre observation est celle que nous rapportons sous le N  VI. Madame Ch. Ev. 27 ans, I pare. Les signes pulmonaires manifestement aggravés depuis l'arrêt de ses règles vont r troceder ou du moins ne progresseront plus dès l'interruption de la grossesse à tel point que cette femme entrée avec une température de 38 2 ressortira 8 jours après avec une température sensiblement normale.

(Courbe N  4)

Ces 4 observations successives montrent que la façon d'opérer que nous allons exposer est véritablement bénigne et choquante au minimum.

Si le col est souple, comme cela arrive chez la multipare et si on a l'impression qu'on passera facilement avec les bougies, on intervient directement, On pratique une injection épidurale suivant la technique ordinaire. On injecte dans les paramètres par voie vaginale au moyen de grandes aiguilles à ponction lombaire, une solution de novocaïne adr nalis e à 1 pour 1.000, quelques centimètres cubes de chaque côté. On enfonce l'aiguille au ras du col latéralement et un peu en arrière, on enfonce en obliquant en bas

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LIBRARY - GOALITE - PATENT

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Service d'Accouchement

Cloud - 1930

Observation n!

Wm. C. C. C.

Circle 44

[illegible]

et en arrière vers la ligne médiane, de façon à atteindre la région du ganglion de Frankenhauser. On attend $1/4$ d'heure, ce qui est un temps capital. On dilate le col aux bougies et on pratique suivant le cas, curage ou curettage.

L'anesthésie est en général très satisfaisante, le périnée est complètement relâché du fait de l'injection épidurale, le col est souple le plus souvent et surtout l'anesthésie des paramètres fait que l'intervention s'exécute avec une perte de sang extrêmement minime. On met en quelque sorte l'utérus, en agissant de telle façon, dans l'état où il se trouverait si on avait pratiqué la ligature des vaisseaux par rachianesthésie.

Chez la primipare, il est souvent nécessaire de faire précéder l'intervention elle-même de la pose de laminaire, comme c'est le cas dans les observations que nous avons rapportées plus haut.

Quoiqu'il en soit, le gros avantage de ce mode opératoire réside surtout dans l'absence d'hémorragies, car il ne faut pas oublier que celles-ci peuvent être extrêmement importantes dans certains cas, car il s'agit ici d'œufs vivants dont le décollement s'accompagne parfois de grosses pertes de sang.

Sur l'ensemble des observations que nous avons recherchées, nous n'avons jamais noté que les femmes aient souffert ou aient été choquées de cette intervention, en tout cas, les suites opératoires ont été, nous l'avons vu plus haut, extrêmement satisfaisantes.

Nous voyons d'après la statistique publiée plus loin, qu'à la clinique Tarnier le curettage, comme nous venons de l'indiquer, est l'opération de choix. Mais il existe des cas où cette opération est rendue impossible et cela pour plusieurs raisons. Nous avons souvent à faire à des primipares jeunes, aux tissus résistants chez qui le col ne se dilate pas sous l'influence des lamineaires, col qui est très long et très dur.

Souvent encore, nous avons à faire à des grossesses de 3 à 4 mois, le fœtus est trop gros, et cela joint à l'état du col rend l'opération impossible par ce procédé.

On pratique alors, comme nous l'avons vu dans l'observation N° IX, l'opération de Durhsen césarienne vaginale en plus petit, mais dont les temps sont les mêmes.

On ne fait jamais d'anesthésie générale. Toujours l'anesthésie épidurale et des paramètres, anesthésie qui, en provoquant la rétraction utérine, donne des résultats en tous points semblables à la rachianesthésie.

Puis on incise le col sur la ligne médiane au-dessus de l'orifice interne. On décolle le cul-de-sac antérieur. On refoule la vessie et on termine l'opération par un curettage à la curette de Cuzzi, le col étant suturé ensuite.

Ce procédé a, comme le précédent, l'avantage d'être ni trop choquant, ni trop sanglant, et les suites opératoires sont toutes aussi favorables.

En général, les femmes ont quitté la clinique 8 à 15 jours au maximum après l'intervention, et il nous a paru qu'on pouvait affirmer que l'interruption de grossesse chez la tuberculose pulmonaire pratiquée dans de bonnes conditions, n'influe nullement sur l'évolution de la maladie.

RESULTATS

Sur les 20 avortements pratiqués dans le Service pour tuberculose et grossesses coexistantes, nous n'avons relevé qu'un seul décès et encore, il est dû vraisemblablement à une embolie, comme nous l'avons expliqué plus haut.

Ces interventions se répartissent comme suit :

Césariennes vaginale, 5. Hystérotomie, 1. Hystérectomie, 3. Curettage simple, 11.

19 cas se sont montrés favorables et nous sommes loin des désastres annoncés par Dumarest et Brette. Les suites de l'intervention furent normales et sans incidents, semblables en cela aux statistiques belges qui, sur 16 cas, ne montrent que deux essais infructueux.

En somme, sur le nombre relativement restreint des interventions de ce genre, les résultats se sont montrés extrêmement favorables et encourageants.

Nous nous sommes placés ici uniquement au point de vue de la thérapeutique, laissant entièrement de côté les problèmes sociaux et moraux, tout en reconnaissant qu'ils ont eux-mêmes une très grosse importance. Ils sont d'ailleurs le frein qui empêche d'étendre à un plus grand nombre de cas,

une opération qui se révèle pleine d'espoir pour la mère.

La conscience professionnelle n'aura jamais tant à intervenir que dans ces circonstances extrêmement graves et dans ces cas où la vie d'un être et l'espoir d'une famille sont en jeu, il ne sera jamais trop nécessaire de s'entourer des avis les plus éclairés.

CONCLUSIONS

1° Il nous paraît que dans bien des cas la tuberculeuse évolutive bénéficie d'une interruption de grossesse.

L'allure de la température, la présence de bacilles dans les crachats, les renseignements tirés de l'observation des films pratiqués en série seront les éléments sur lesquels nous nous baserons pratiquement pour dire qu'une forme est évolutive.

2° Contrairement à ce qu'on pensait autrefois, l'avortement thérapeutique n'est plus discutable lorsque la femme tuberculeuse ne peut manifestement supporter une grossesse (Exemple : pneumothorax double).

3° L'avortement thérapeutique fait dans de bonnes conditions est une intervention non choquante, qui n'influe pas sur l'évolution d'une tuberculose pulmonaire (20 interventions, 1 décès).

4° Le choix de l'intervention qui se fera toujours sous anesthésie locale, portera sur l'opération qui entraînera le traumatisme minimum. (Evacuation utérine après anesthésie épidurale et des paramètres).

5° Il faut envisager dans certains cas la possibilité de stérilisation. L'Hystérectomie subtotale sous anesthésie locale, opération peu choquante, en supprimant les menstruations ultérieures, nous semble devoir être bien souvent l'intervention de choix.

Vu : le Doyen, *Ch. Balthazard* Vu: le Président,
BALTHAZARD. *Ch. Brindeau* BRINDEAU

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Anderodias et Le Scarret.* — Avortement thérapeutique chez une tuberculeuse. Bull. Soc. d'Obst. et Gynéco. Paris, oct. 1926.
- Balthazard.* — Etude médico-légale de l'avortement thérapeutique. Bull. Médic. Paris, décembre 1922.
- Bar.* — Une question d'Obstétrique. Presse médicale, 5 avril 1902.
- Bar.* — Sur l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose. Congrès Rome 1912.
- Bar.* — Conférence faite à Madrid 1921.
- Bar.* — Presse Médicale, novembre 1921.
- Bar.* — Rapports de la tuberculose et de la grossesse. Bull. Ac. Méd.
- Bernard.* — Tuberculose pulmonaire et gravidité. Soc. d'Obst. et Gynéco. Paris, 23 mai 1921.
- Bondioli.* — Influenza e gravidanza. Arte ostet. Milan 1920, XXXIV.
- Brindeau.* — Société d'Obst. et Gynéco. Paris, 23 mai 1921.
- Brindeau.* — Conduite à tenir dans les cas de tuberculose pulmonaire compliquant la grossesse.
- Brindeau.* — S. de Médecine 1912, XXIV 511 à 513.
- Brault.* — Avortement thérapeutique. Gaz. Méd. du Centre, 15 novembre 1925.
- Boursier et Farges.* — Avortement thérapeutique pour tuberculose pulmonaire compliquée de tuberculose laryngée non ulcéreuse. Soc. d'Obst. et de Gynéco. Bordeaux, juin 1926.
- Chirie et Walter.* — L'avortement provoqué dans la tuberculose compliquée de grossesse. Bull. Méd. des 23 et 26 août 1922.
- Colombet.* — Conduite à tenir en présence d'une femme enceinte atteinte de tuberculose pulmonaire. Thèse, Lyon 1912.

- Congrès de Genève 1923. — Annales Gyn. et Obst. N° 3, T. 8, 1923.
- Congrès de Rome 1902.
- Congrès de Padoue 1903.
- Couvelaire. — Bull. Soc. Obst. et Gynéco. Paris, 1921.
- Crevoisier. — Contribution à l'étude de l'avortement. Thèse Bâle 1921.
- Dubrisay Jeannin. — L'état puerpéral pathologique. Influence de la tuberculose. Précis d'accouchement.
- Faure Thomas. — Tuberculose et puerpéralité. Essai critique des indications de l'avortement provoqué. Thèse Paris, 1905.
- Forssner. — Rapport de la Conférence de Lausanne 1924. Rev. Tubercul. 1924.
- Fruhishholz. — Avortement thérapeutique et tuberculose pulmonaire, Revue Méd. de l'Est, 46, 5. LI, N° 7.
- Guillamet. — Grossesse et tuberculose. Thèse Lyon 1922.
- Grisalle. — De l'influence néfaste de la grossesse sur la phtisie. Bull. Ac. de Méd. Paris, 1849.
- Haller. — Über pneumonie in der Schwangerschaft (8° Ludwigsburg 1911).
- Hartemann. — Thèse Nancy 1926.
- Jannin et Russ. — Discussion sur les rapports de la gestation et de la tuberculose pulmonaire. Thèse Paris 1920.
- Jeannin. — Bull. Soc. Obst. et Gynéco. Paris, 1921.
- Kuttner. — Congrès Hambourg 1901.
- Landouzy. — Congrès d'obstetricie Paris 1910.
- Lasèque. — Thèse Paris 1856.
- Ma Rigliano. — Sulla opportunita di interrompere la gravidanza nelle donne malate di tubercolosi. Liguna med. Genov. p. 14, 18 février 1920.
- Meltzer. — Bull. Soc. Obst. et Gynéco. Paris, 1921.
- Mazet. — L'avortement thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire. Soc. de Méd. et de Clin. de Nice, 21 janvier 1927.
- Petit. — Tuberculose et grossesse. Revue internationale de la tuberculose. Paris, 1912, XXI, 92 à 98.
- Pinard. — De l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes tuberculéuses en état de gestation. Bull. Méd., 10 juin 1912.

Pinard. — Acad. de Médecine, novembre 1922.

Pinard. — Indication médicale de l'interruption de la grossesse. Congrès Rome, septembre 1902.

Rist. — Tuberculose pulmonaire et gravidité. Rapport à la Société d'Obstétrique et Gynéco., 14 mars 1921.

Sergent. — Société d'Obstétrique et Gynécologie. Paris, 9 janvier 1922. Bull. Acad. Méd., décembre 1922.

Siredey. — Discussion sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et la gestation. Presse médicale, 1^{er} février 1922. Bulletin Soc. Obst. et Gynéco. Paris, 1921.

Stern. — Zeitschufft f. geburt und Gynak., 1905, T. III.

Schmitt. — Einfluss der pneumonie auf der Schwangerschaft. Berlin, 8^o Ludwigsburg, 1911.

Schmitt. — De l'avortement provoqué au cours de la tuberculose pulmonaire.

Schmitt. — Beith. Z. Klin d. Tub., 21 juillet 1926, P. 929.

Voron. — Conduite à tenir chez la tuberculeuse pulmonaire enceinte, III^e Congrès. Ass. Gyneco. et Obst. de langue française, Genève, 1923.

